



## 5| POTENCIALIDADES DA METODOLOGIA IVAM NA EDUCAÇÃO PELOS PARES EM PREVENÇÃO PRIMÁRIA DO VIH/ SIDA

Catarina Certal, & Teresa Vilaça

### Introdução

Esta investigação teve como objetivo testar a eficácia da metodologia de educação pelos pares orientada para a ação no desenvolvimento da competência para a ação dos/as alunos/as do 8º ano de escolaridade na prevenção primária do vírus da imunodeficiência humana (VIH). Nesse sentido, foi realizado um estudo experimental com grupo controlo, projetado com a escola de ensino básico como a unidade de amostragem. As escolas foram escolhidas aleatoriamente para continuar com o seu projeto normal de educação para a saúde (n = 6 escolas, 257 alunos/as), ou para receber adicionalmente uma intervenção de educação pelos pares influentes, escolhidos pelos próprios alunos e alunas, de prevenção primária do VIH orientada para a ação (n = 6 escolas, 272 alunos). Os pré e pós-testes consistiram num questionário anónimo autoadministrado. A avaliação do processo educacional incluiu a elaboração de diários de aula pela investigadora e pelos educadores e educadoras de pares e questionários preenchidos pelos pares.

Assim, em seguida, será apresentado, brevemente, o referencial teórico em que se baseou o estudo e a metodologia de formação dos educadores e educadoras de pares do 8º ano de escolaridade, bem como a metodologia de investigação. Posteriormente, serão apresentados os resultados para mostrar a eficácia do projeto de educação pelos pares implementado a nível do conhecimento orientado para a ação na prevenção do VIH e da assertividade dos alunos e alunas.

---

Certal, C., & Vilaça, T. (2017). Potencialidades da metodologia IVAM na educação pelos pares em prevenção primária do VIH/ Sida. In T. Vilaça, C. Rossi, C. Ribeiro, & P. Ribeiro (Eds.), *Investigação na Formação e Práticas Docentes na Educação em Sexualidade: Contributos para a Igualdade de Género, Saúde e Sustentabilidade* (pp. 379 – 392). Braga: Centro de Investigação em Estudos da Criança do Instituto de Educação da Universidade do Minho.

## **Contextualização teórica**

### ***Educação pelos pares***

A educação pelos pares é uma metodologia amplamente utilizada na educação para a saúde e na prevenção primária do VIH (Svenson et al., 2001). As intervenções realizadas com a educação pelos pares têm vindo a ganhar cada vez mais popularidade, especialmente na área da promoção da saúde e prevenção de comportamentos de risco (Starkey et al., 2009). Especialmente no início da disseminação da infecção pelo HIV, os esforços foram concentrados na realização de campanhas de prevenção baseadas na disseminação de informações, a fim de aumentar o conhecimento e reduzir o risco de infecção. No entanto, as estatísticas mostraram que o número de infecções por VIH continuou a aumentar, e muitos estudos científicos afirmaram que o alto nível de conhecimento e informação sobre VIH e SIDA não levou a uma redução dos comportamentos de risco e, além disso, as "influências sociais e normativas, bem como as barreiras de comunicação existentes nas relações de casais foram determinantes nos comportamentos sexuais de risco" (Svenson et al., 2001, p.16). Matos e Gaspar (2005) também consideram que o comportamento de risco não pode ser modificado ou excluído sem uma transformação social. Nesse sentido, a participação dos/as cidadãos e a capacitação da comunidade local foram percebidos como necessários para criar comunidades capazes de se ajudarem. A educação pelos pares foi vista como uma das maneiras possíveis de gerar esse processo (Svenson et al., 2001).

A educação pelos pares toma muitas formas, incluindo orientação, aconselhamento, ajuda e apoio (Miller, MacGilchrist, 1996; Starkey et al., 2009; Svenson et al., 2001), e ocorre naturalmente no processo de compartilhamento de informações entre os/as adolescentes. Quando esses/as adolescentes são pares influentes, podem atuar como modelos e líderes de opinião, encorajando mudanças comportamentais (Shiner & Newburn, 1996). Svenson et al. (2001) acreditam que a educação pelos pares é uma abordagem pela qual uma minoria de pares representativos de um grupo ou população, ativamente tenta informar e influenciar a maioria. Esses pares representativos podem ter uma ação positiva na promoção de comportamentos e atitudes salutareis e relacionais. A educação pelos pares reconhece as habilidades de cuidar da sociedade e resolver problemas em jovens (Turner & Shepherd, 1999; Svenson et al., 2001). Segundo Brito (2009), a educação pelos pares é uma metodologia que provoca uma dupla capacitação (empoderamento); permite a promoção da aprendizagem dos educadores e educadoras de pares e o desenvolvimento dos seus pares (grupos-alvo), através da concepção e desenvolvimento de ações educativas. Portanto, a educação pelos pares visa encorajar mudanças comportamentais desejáveis entre membros do

mesmo grupo (Turner & Sheperd, 1999), onde um grupo minoritário representativo influencia o comportamento, valores e crenças dos outros membros desse grupo (Backett-Milburn & Wilson, 2000). Esses grupos podem ser grupos comunitários, grupos de trabalho ou pessoas-chave individuais, considerando "de uma maneira simples que a educação pelos pares é a formação entre pares" (Brito, 2009, p. 6).

A educação de pares tornou-se cada vez mais popular, especialmente como um método de disseminação de informações em educação para a saúde nas escolas (DfEE, 2000). As abordagens variam desde estratégias de ensino formais a informais, utilizando a comunicação do dia a dia dentro de grupos sociais como veículo para mudanças comportamentais (Starkey et al., 2009). São frequentemente utilizados sites de redes sociais e outras tecnologias para educar os pares (Simovska & Jensen, 2009). A educação pelos pares tem sido frequentemente baseada em turmas na escola (classes escolares), orientada por colegas da mesma idade ou mais velhos (Vilaça, 2014). No entanto, algumas investigações apoiam a necessidade de um complemento à educação na escola com programas voltados para a pressão dos colegas e as ligações entre amigos (Svenson et al., 2001). Outras argumentam que os educadores e educadoras de pares, cujos projetos são baseados nas turmas têm vantagens sobre o ensino feito pelos seus professores e professoras, porque são vistos como mais confiáveis (Strange, Forrest, Oakley & RIPPLE Study Team, 2002).

A implementação do processo de educação pelos pares segue alguns passos cruciais indicados pela Rede Juvenil de Educação pelos Pares (Y-PEER, 2005), a saber: a mobilização das principais partes interessadas; participação ativa do/a adolescente; definição dos objetivos gerais e específicos do projeto; identificação do público-alvo; identificação das necessidades do público-alvo; identificação dos recursos disponíveis e "preenchimento das lacunas"; desenvolvimento de um plano de trabalho; estabelecer mecanismos de feedback; e desenvolver um plano para mobilizar recursos e sustentabilidade.

### ***Seleção dos pares educadores***

No sucesso da abordagem de educação pelos pares, parece ser crucial a forma como são selecionados os educadores de pares influentes e credíveis (Starkey et al., 2009). Foram usados diversos métodos diferentes nesta seleção, incluindo a autoseleção; seleção pelos órgãos de gestão; seleção em "bola de neve", onde uma amostra de membros da comunidade seleciona os líderes de pares, que por sua vez selecionarão aqueles que serão educadores e educadoras de pares; seleção pela comunidade de informantes-chave; e métodos sociométricos onde alguns ou todos e todas na comunidade nomeiam os membros influentes (Kelley 2004; Pearlman, Camberg, Wallace, Symons e Finison, 2002; Starkey et al., 2009). A maioria dos projetos

educacionais realizados em escolas de educação pelos pares tem usado o/a professor/a para realizar a seleção de educadores e educadoras de pares (Stephenson et al., 2004). Kelly (2004) aplica a teoria da difusão da inovação para enfatizar a importância dos formadores e formadoras de opinião popular para direcionar e apoiar comportamentos saudáveis na população-alvo, uma vez que é dos pares mais populares que os/as outros/as colegas gostam mais e em quem confiam mais. Os líderes de opinião não são apenas pares, porque são membros privados da população-alvo cujas opiniões, atitudes e comportamentos podem influenciar os outros e outras por causa de sua posição social (Kelly, 2004; Starkey et al., 2009). De acordo com Audrey, Holliday e Campbell (2006) os resultados da avaliação do processo de educação pelos pares que implementaram sugerem que recrutar e manter uma ampla gama de educadores/as de pares de ambos os sexos e grupo de amigos/as do mesmo ano de escolaridade é possível e é mais eficaz.

A Teoria da Difusão da Inovação ajuda a entender como é que as ideias ou comportamentos novos são introduzidos, disseminados e depois aceites pela comunidade (Goldman & Schmalz, 2001). Durante o processo de difusão, há evidências de que nem todos os indivíduos exercem igual influência sobre os outros e outras, sendo os líderes de opinião os mais influentes na disseminação de informações (Oldenburg, Hardcastle & Kok, 1997). A educação pelos pares na aprendizagem orientada para a ação tem demonstrado um impacto positivo na competência de educadores/as de pares e dos seus pares para resolverem os seus próprios problemas de saúde sexual e os da sua comunidade (Vilaça, 2016).

### ***Aprendizagem orientada para a ação na promoção da saúde na escola e na educação em sexualidade***

Os participantes na primeira Conferência da Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde (ENHPS, 1999) viam a escola como uma força motriz, responsável pela formação de uma nova geração com grandes expectativas e alto desempenho educacional. Portanto, a promoção da saúde nas escolas tem como objetivo básico capacitar os/as jovens para agir e gerar mudanças. Os conceitos de ação e competência para a ação ocupam um lugar fundamental no contexto da educação para a saúde (por exemplo, Jensen, 2000; Simovska & Jensen, 2009) e educação em sexualidade (Vilaça, 2016). Para Simovska (2000), a competência para a ação é definida pela capacidade dos alunos e alunas para realizar, individual ou coletivamente, ações reflexivas e participativas, para provocar mudanças positivas nos seus estilos de vida e / ou condições de vida. Nesse sentido, a aprendizagem orientada para a ação é o pilar da educação para a saúde e da promoção da saúde (Jensen & Simovska, 2005).

Simovska (2005) considera "essencial que as escolas promotoras da saúde garantam recursos e oportunidades para que os estudantes desenvolvam, melhorem, exercitem e usem as suas habilidades para atuarem como agentes qualificados em ambientes democráticos" (p. 174). Inspirado na estratégia de cinco etapas para facilitar o "diálogo autêntico" propício à capacitação e conscientização crítica sugerido por Paulo Freire, o "modelo participativo IVAM" (Investigação - Visão - Ação e Mudança) está particularmente relacionado com a forma como as questões durante o processo de ensino ajudam a mover o diálogo da análise pessoal para a análise social e incluem a dimensão da ação (Simovska & Jensen, 2009). A competência para a ação baseia-se nas seguintes componentes orientadas para a ação que não podem ser considerados isoladamente, a saber: insight e conhecimento (compreensão das consequências e causas dos problemas de saúde e estratégias para eliminar essas causas); compromisso (motivação para produzir mudanças e mudar a própria vida); visões (para prever o futuro e pensar criativamente) e experiências de ação (participação real na iniciação de mudanças que levam à promoção da saúde) (Jensen & Simovska, 2005; Vilaça, 2014).

A primeira componente, *insight e conhecimento*, refere-se à aquisição de conhecimentos coerentes sobre o problema que envolve os alunos e alunas, em particular, o conhecimento sobre a natureza do problema, como ele surgiu, quem é afetado ou quem será afetado por ele e o que é possível fazer para o resolver (Simovska & Jensen, 2009). Vilaça (2014) enfatiza que para os alunos e alunas desenvolverem competências para agir no sentido de resolver problemas de saúde sexual, a abordagem educacional deve fornecer condições para que possam construir uma compreensão sobre o problema que lhes permita ver quais as possibilidades que têm para agir por si mesmos ou como grupo para o resolver, isto significa que a educação deve lidar com as causas básicas e o desenvolvimento histórico dessas causas por trás do problema específico com o qual os alunos e alunas estão a trabalhar. Essa percepção e conhecimento é, consequentemente, uma componente importante da capacidade para agir. A segunda componente está relacionada com o compromisso e orientação dos alunos para agir. Jensen (2000), Simovska e Jensen (2009) consideram que tanto o comprometimento do aluno quanto a orientação para agir são fatores fundamentais, pois o conhecimento sobre o problema não se transforma em ação a menos que o compromisso, bem como a assertividade para agir estejam presentes. O desenvolvimento de visões é o terceiro componente da competência para a ação dos alunos e alunas. As visões são as suas ideias e percepções sobre como as suas vidas e o mundo ao seu redor devem estar no futuro em relação ao problema em estudo (Vilaça, 2016). O facto de os alunos e alunas terem a oportunidade de desenvolver, discutir e partilhar as suas visões com os outros e eventualmente participarem do desenvolvimento de visões comuns, é um pré-requisito importante para desenvolverem a vontade para agir e adquirir a

sua própria competência para a ação (Jensen, 2000; Simovska & Jensen, 2009; Vilaca, 2016). A quarta componente da competência para ação são as experiências de ação, pois estas experiências enfatizam a importância de atuar durante o processo de aprendizagem, sendo necessário discutir até que ponto todos os projetos de educação em sexualidade podem envolver alguma ação (Vilaça, 2016).

Jensen e Simovska (2005) também traçaram alguns princípios democráticos que lideram a participação ativa dos/as jovens em projetos de educação para a saúde, a saber: a participação em projetos de educação para a saúde deve ser voluntária e consciente; as regras devem ser estabelecidas e negociadas através do diálogo; as relações de poder na estrutura do projeto devem estar claras desde o início; a participação dos alunos e alunas deve vir de uma escolha entre uma gama de opções e oportunidades e estar de acordo com os interesses e habilidades do indivíduo; e todo o processo deve ser esclarecido, mantendo a transparência.

Neste contexto, esta investigação teve como objetivo avaliara eficácia da metodologia de educação pelos pares orientada para a ação no desenvolvimento da competência para a ação dos alunos e alunas na prevenção do VIH. Este capítulo terá como objetivo discutir o impacto do projeto: i) no conhecimento orientado para a ação na prevenção do VIH dos alunos e alunas do 8º ano educadores dos seus pares e dos/as colegas que envolveram no projeto; ii) na sua assertividade.

## **Metodologia**

### ***Desenho de investigação***

Este estudo desenvolveu-se como um estudo experimental com grupo controlo, com a escola básica como a unidade de amostragem. As escolas foram selecionadas aleatoriamente no Concelho de Braga, no norte de Portugal, para continuarem com o seu projeto normal de educação para a saúde (n = 6 escolas, 272 alunos e alunas), ou para receberem adicionalmente a intervenção de educação pelos pares (n = 6 escolas, 257 alunos e alunas).

Os desenhos experimentais com grupo controlo são usados para testar a eficácia da intervenção (Gall, Borg & Gall, 1996), mas foi reconhecido que ele não faz uma exploração completa do processo complexo que ocorre na educação pelos pares (Starkey et al., 2009) ou em qualquer outro projeto de educação para a saúde em que os fatores sociais e ambientais variam consideravelmente (Audrey et al., 2006). Assim, neste estudo foram incorporadas outras componentes para recolha de dados dentro da avaliação do desenho experimental com um grupo de controlo, como o observação participante da investigadora (formadora dos educadores e educadoras de pares), a análise dos documentos produzidos durante o projeto, entrevistas a professores que assistiram ao projeto e questionários com questões

abertas sobre o projeto a educadores/as de pares e participantes que envolveram no projeto. Esta avaliação, que não será objeto de análise neste capítulo, resultou numa avaliação abrangente que permite ao investigador responder a perguntas além da eficácia (Starkey et al., 2009). Nestes estudos, como nesta investigação, utiliza-se uma mistura de métodos de pesquisa quantitativa e qualitativa.

Esta investigação envolveu alunos/as do 8º ano de doze escolas básicas do Distrito de Braga. Os/As adolescentes que pertenciam ao grupo controlo (n = 6 escolas, 2 turmas, 257 alunos/as não foram submetidos à educação pelos pares. Os/As adolescentes que fizeram parte do grupo experimental (n = 6 escolas; 2 aulas por escola; n = 272 alunos/as) integraram a formação de educadores/as de pares (n = 6 escolas; 1 aula por escola; n = 144 alunos e alunas) e o projeto de educação pelos pares (n = 6 escolas; uma aula por escola; 128 alunos e alunas).

Antes da implementação do curso de formação dos educadores/as de pares, todos os alunos e alunas dos grupos experimental e controlo completaram o pré-teste, com o objetivo de coletar os dados necessários nos grupos experimental e controlo para avaliar a eficácia do projeto (o pré-teste neste tipo de projeto de pesquisa controla todas as fontes únicas que afetam a sua validade) e conhecer o grupo experimental em relação às variáveis testadas, para adaptar a formação de educadores/as de pares com base nesses resultados. A primeira fase do processo de educação pelos pares consistiu na seleção de educadores/as de pares influentes no grupo experimental pelos seus pares, como descrito abaixo. A segunda fase consistiu na implementação do curso de formação de educadores e educadoras de pares e na avaliação qualitativa da implementação do processo. No final das sessões (25 horas) com a formadora, foi aplicado um questionário sobre a opinião dos educadores e educadoras de pares acerca da formação. A terceira fase do estudo correspondeu à implementação e avaliação do projeto de educação pelos pares nas escolas, liderado pelos educadores e educadoras de pares que foram formados. Após a implementação do projeto de educação pelos pares, os alunos dos grupos experimental e de controlo completaram o pós-teste para concluir a coleta dos dados necessários para avaliar a eficácia do projeto.

**Formação e curso de formação de educadores de pares.** A formação de educadores/as de pares baseou-se na abordagem pedagógica do IVAM (investigação-visão-ação e mudança), para promover o desenvolvimento da competência para a ação nos alunos e alunas, capacitando-os/as para atuarem, individual e coletivamente, sobre os determinantes da saúde. Esta formação incluiu seis sessões de 90 minutos (25 horas) com uma formadora e o desenvolvimento de um projeto de educação pelos pares orientado para a ação (12 horas) nas suas escolas com a supervisão e feedback da formadora.

Antes de iniciar esta formação foi construído material didático para facilitar a identificação de problemas por alunos/as e orientá-los/as nas suas investigações. Todo o material didático foi publicado online no site criado para apoiar o desenvolvimento do projeto. No final do curso de formação, pretendia-se que os educadores e educadoras de pares pudessem: a) dominar o conhecimento científico básico para a prevenção da infecção pelo HIV; b) ter esclarecido os valores pessoais em relação à discriminação de pessoas infetadas ou afetadas pelo HIV; c) refletir sobre as atitudes, políticas e práticas de prevenção do VIH na escola; d) implementar projetos de educação pelos pares orientados para a ação de prevenção do VIH.

***Projeto de educação pelos pares orientado para a ação na prevenção do HIV.*** Os educadores e educadoras de pares durante o curso de formação prepararam um projeto orientado para a ação sobre prevenção do VIH para desenvolver com um grupo da sua escola em seis sessões de 45 minutos ou três sessões de 90 minutos (dependendo da disponibilidade de professores e / ou da escola). O projeto começou com uma atividade de “brainstorming”, a fim de criar as condições necessárias para que os educadores e educadoras de pares ajudassem os/as colegas a identificar o problema relacionado com a prevenção da infecção pelo HIV que queriam ajudar a resolver. Posteriormente, a turma selecionou, junto com os educadores e educadoras de pares, dentre um conjunto de atividades possíveis, as atividades que lhes permitiram organizar o projeto educativo para investigar as consequências e causas do problema, compartilhar os resultados das suas investigações com a turma e discutir o que podem fazer para mudar as causas individuais ou sociais que levaram a que o problema surgisse. O projeto terminou com a implementação de pelo menos uma ação para resolver o problema (como panfletos distribuídos na escola, exposição de cartazes, construção de jogos educativos aplicados em outras turmas, curta-metragem sobre prevenção do VIH). Esta ação envolveu outra turma da escola do grupo experimental que os/as educadores/as de pares consideraram que deveriam ser educados/as para contribuir para a solução do problema. Em alguns casos, decidiram envolver a comunidade.

## **Amostras**

A nomeação das turmas do 8º ano com maior número de alunos/as considerados/as pares influentes foi feita através de um questionário preenchido por todos os/as alunos/as do 8º ano pertencentes a escolas do grupo experimental (N = 702). A maioria desses estudantes era do sexo masculino (n = 357; 50,9%) e tinha 14 anos (n= 423; 60,3%). As suas idades variavam entre 12 e 17 anos (DP = 0,673). A grande maioria era caucasiana (n = 664; 94,6%) e morava com os pais (n = 511; 72,8%),



embora houvesse uma percentagem significativa de estudantes que vivia com apenas um dos pais ( $n = 111$ ; 15,8%) e tinha apenas um irmão ( $n = 375$ ; 53,4%). Cerca de 81,3% era católico romano, seguidos de ateus / sem religião (11,5%).

Os grupos experimental e controlo não diferiram quanto à maior parte das variáveis sociodemográficas em estudo, nomeadamente: sexo ( $\chi^2 (1) = .545$ ,  $p = .461$ ); número de alunos menores de 14 anos, 14 anos (modalidade na 8ª série) ou acima de 14 anos ( $\chi^2 (2) = 1,360$ ,  $p = .507$ ); caucasianos ou negros / ciganos / hispânicos / outros ( $\chi^2 (1) = .375$ ,  $p = .540$ ); constituição familiar feita pelo pai e mãe, apenas a pai ou apenas a mãe ou outra ( $\chi^2 (2) = 3,886$ ,  $p = 0,143$ ); o facto de terem ou não irmãos ( $\chi^2 (1) = .427$ ,  $p = .514$ ); e o facto de serem católicos, terem outra religião ou não terem religião ( $\chi^2 (2) = 3.649$ ,  $p = .161$ ).

A maioria dos alunos e alunas do 8º ano selecionados pelos educadores e educadoras de pares para participar no projeto de educação pelos pares ( $n = 128$ ) e os educadores e educadoras de pares ( $n = 144$ ) era do sexo feminino (respectivamente, 54,7% e 54,9%) tinha 13 anos de idade (57,0% DP = .615 e 52,1%, DP = .655), era caucasiana (respectivamente, 93% e 89,6%), vivia com os pais e mães (respectivamente, 76,6% e 77,8%), tinha apenas um irmão (respectivamente, 58,6% e 52,8%) e pertencia à religião católica romana (respectivamente, 84,4% e 78,5%).

### ***Instrumentos de coleta de dados***

*Desenvolvimento e validação do questionário de nomeação de pares.* Este questionário foi construído por alunos e alunas que não pertenceram ao estudo, sob orientação da investigadora, passando por uma fase de testagem pré-piloto e piloto para se obter o questionário final. Os alunos e alunas que faziam parte deste estudo preencheram o questionário facilmente, não colocaram dúvidas na sua conclusão e demoraram entre 5 a 10 minutos para concluí-lo.

*Questionário autoadministrado (pré-teste / pós-teste).* O pré-teste foi organizado nas quatro dimensões a seguir:

*Caracterização sociodemográfica da população alvo.* Esta parte do questionário teve como objetivo caracterizar o sexo, etnia, composição do agregado familiar, número de irmãos e religião.

*Inventário de conhecimento orientado para a ação sobre o VIH e a SIDA* (Vilaça, 1994). É um instrumento para avaliar três áreas gerais do conhecimento: o que é a infeção pelo VIH, suas causas (incluindo os falsos mitos sobre as causas da infeção pelo HIV), estratégias de prevenção e consequências da infeção pelo HIV. O instrumento original consistia em 64 perguntas com três respostas possíveis: "Verdadeiro", "Falso" e "Não sei". Neste estudo, após a validação deste inventário para população-alvo, ele passou a ser composto por 48 itens.

Versão em português da Escala de Assertividade de Rathus (RAS) (Carochinho, 2002). É um instrumento de autoavaliação composto por trinta questões que medem o comportamento assertivo em situações sociais numa escala desde "Extremamente igual a mim" (+3) até "Extremamente diferente de mim" (-3).

*Escala de Autoestima de Rosenberg*, versão adaptada para jovens portugueses (Romano, Negreiros & Martins, 2007).

*Considerações éticas.* O projeto, com todos os instrumentos de recolha de dados foi submetido à aprovação da Comissão Nacional de Proteção de Dados e do Ministério da Educação através do Sistema de Monitoramento de Pesquisas no Registro Escolar, tendo sido aplicado de acordo com as suas orientações.

## Resultados

### *Evolução do conhecimento orientado para a ação na prevenção do HIV e da AIDS*

No estudo de base verificou-se que não houve diferenças estatisticamente significativas entre o conhecimento orientado para a ação do grupo experimental que seria submetido à educação pelos pares e do grupo controlo, exceto na área de conhecimento sobre as consequências da infecção pelo VIH, onde grupo experimental ( $M = 4,0$ ,  $DP = 2,95$ ) teve um melhor conhecimento do que o grupo controlo ( $M = 3,5$ ,  $DP = 2,42$ ):  $t(529) = -2053$ ,  $p = 0,041$ . Constatou-se também que não houve diferenças estatisticamente significativas no conhecimento orientado para a ação entre os alunos e alunas grupo experimental que faria parte do curso de formação e capacitação de educadores/as de pares influentes e alunos/as do grupo que iria participar do projeto de educação pelos pares implementado na escola.

No final do projeto de educação pelos pares a média do conhecimento obtido pelos educadores e educadoras de pares influentes e dos seus colegas do 8º ano em cada subescala do Inventário de conhecimento do VIH/SIDA e no inventário total evoluiu com diferenças estatisticamente significativas (Tabela 1).

**Tabela 1.** Valores do pós-teste no conhecimento orientado para a ação na prevenção do VIH/ SIDA dos educadores/as de pares e colegas do 8º ano que participaram no projeto

Subescalas de conhecimento	Grupos				T-test (amostras independentes)
	Pares educadores		Pares do 8º ano		
	(n=146)		(n=128)		
	Média	DP	Média	DP	
Conhecimento sobre a infeção pelo VIH, as suas causas e estratégias de prevenção	17.7	3.59	15.6	4.06	t (270)= 4.622, p<.001
Conhecimento sobre mitos na transm. VIH	9.4	3.06	6.2	3.41	t (270)= 8.373, p<.001
Conhecimento sobre as consequências da transmissão do VIH e da SIDA	7.9	2.977	4.8	2.857	t (268)= 8.780, p<.001
Inventário total	35.1	8.128	26.7	8.145	t (268)= 8.561, p<.001

O grupo de educadores de pares tinha um conhecimento maior sobre a infeção pelo VIH, as suas causas e as estratégias de prevenção ( $t(270) = 4.622$ ,  $p < .001$ ), os falsos mitos acerca da transmissão do VIH ( $t(270) = 8.373$ ,  $p < .001$ ) e os efeitos do VIH e SIDA ( $t(268) = 8.780$ ,  $p < .001$ ), também como na cotação obtida no inventário total ( $t(268) = 8.561$ ;  $p < .001$ ) do que o grupo de colegas do 8º ano que convidaram para participar no projeto de educação pelos pares.

Quando se comparou o valor obtido nas várias subescalas entre os grupos experimental e controlo, observou-se que havia uma melhoria muito maior no grupo experimental do que no grupo controlo em todas as subescalas (Tabela 2).

**Tabela 2.** Valores no pós-teste do grupo experimental e grupo controlo

	Grupos				<i>T-test</i> (amostras independentes)
	Experimental (n=274)		Controlo (n=257)		
Subescalas de Conhecimento	Média	DP	Média	DP	
Conhecimento sobre a infeção pelo VIH, as suas causas e estratégias de prevenção	16.7	3.96	14.8	4.83	<b>t (527)= -5.092, p&lt; .001</b>
Conhecimento sobre mitos na transmissão VIH	7.9	3.62	6.1	3.45	<b>t (527)= -5.753, p&lt; .001</b>
Conhecimento sobre as consequências da transmissão do VIH e da SIDA	6.4	3.30	5.4	2.41	<b>t (525)= -4.038, p&lt; .001</b>
Inventário total	31.2	9.16	26.4	8.47	<b>t (525)= -6.251, p&lt; .001</b>

Baseado nestes resultados foi possível concluir-se que o projeto de intervenção foi responsável pelo aumento de conhecimento observado nestes alunos e alunas, uma vez que houve um desenvolvimento positivo diferente entre os dois grupos que foi estatisticamente significativo.

### ***Evolução da assertividade dos alunos***

Verificou-se que no estudo de base não houve diferenças estatisticamente significativas na assertividade entre os grupos experimental e controlo ( $t(529) = -.927$ ,  $p = .355$ ). No entanto, o projeto de educação pelos pares aumentou a assertividade dos alunos envolvidos, mostrando que esses alunos no final do projeto tinham uma maior assertividade do que os seus pares no grupo controlo ( $t(527) = -2.723$ ,  $p = 0.007$ ) (Tabela 3).

**Tabela 3.** Valores da assertividade nos grupos experimental e controlo no pré e pós-testes

Teste	Grupos				T-teste (amostras independentes)
	Experimental (n=274)		Controlo(n=257)		
	Média	DP	Média	DP	
Pré-teste	12.9	17.79	11.5	18.64	t (529)= - .927, p=.355
Pós-teste	13.3	18.60	8.89	18.76	<b>t (527)= -2.723, p=.007</b>

Examinou-se então se os alunos e alunas do grupo experimental que formaram o grupo de educadores/as de pares desenvolveram mais a sua

assertividade do que os alunos e alunas que formaram o grupo de colegas do 8º ano por eles/as envolvidos/as no projeto de educação pelos pares (Tabela 4).

**Tabela 4.** Valores de assertividade no pré e pós-teste dos alunos pares educadores e seus colegas

Teste	Grupos				T-teste (amostras independentes)
	Pares educadores (n=146)		Pares do 8º ano (n=128)		
	Média	DP	Média	DP	
Pré-teste	11.5	18.68	14.6	16.63	$t(272) = -1.440, p = .151$
Pós-teste	13.0	19.26	13.6	17.90	$t(270) = -.255, p = .799$

Verificou-se que no estudo de base os dois grupos não diferiram no grau de assertividade ( $t(527) = -1.440, p = 0,151$ ) e observou-se que não houve diferenças estatisticamente significativas no aumento da assertividade ao longo do projeto entre os pares educadores e os/as seus/suas colegas envolvidos/as no projeto de educação pelos pares ( $t(270) = -.255, p = .799$ ).

O aumento da assertividade no grupo experimental em relação ao grupo controlo, é justificado em certa medida pelos facto do grupo experimental ter sido exposto à influência dos pares por meio da educação pelos pares e à influência de outros significativos, como a formadora dos pares educadores/as e as diferentes interações criadas ao longo do desenvolvimento do projeto, uma vez que a assertividade é o conjunto de respostas determinadas por circunstâncias sociais, desenvolvimentais e contextuais (Lorr & More, 1981; Pearson, 1980), que contribuem para a construção de relações pautadas pela cooperação, negociação, equilíbrio e compromisso (Park & Yang, 2006), sendo moldada pela aprendizagem social, no seio de interações precoces significativas (Detry & Castro, 1996; Jardim & Pereira, 2006), de entre as quais, as relações entre pares (Eskin, 2003).

O reforço positivo da assertividade deriva, em grande medida, da manutenção de relações sociais significativas pautadas pela assertividade (Detry & Castro, 1996; Vagos, 2010). Desta forma, pode encontrar-se justificação para o facto de apesar de ter havido um aumento da assertividade no grupo experimental total, esta não se ter sentido de forma estatisticamente significativa no grupo de alunos/as do 8º ano sujeitos à educação pelos pares, uma vez que a mudança atitudinal e comportamental é progressiva e não imediata, e este projeto teve uma duração limitada (cinco meses). Assim, a assertividade é uma competência aprendida em constante mudança e evolução, conforme os diversos contextos, fatores circunstanciais e fases de desenvolvimento vão colocando exigências ao indivíduo, e necessita de tempo de assimilação (Duckworth & Mercer, 2006).

### Conclusões e implicações

O grupo experimental apresentou maior nível de conhecimento sobre VIH / SIDA e assertividade do que o grupo controlo, mostrando a eficácia da realização de

intervenções orientadas para a ação de prevenção do VIH na escola por alunos/as influentes. Estes resultados têm implicações a nível da formação de professores/as, na sua capacitação para trabalhar com a metodologia IVAM em projetos de educação pelos pares nas escolas, e a nível da organização dos projetos educativos dos agrupamentos de escola, de forma a que contemplem a educação pelos pares.

## Referências

- Audrey, S., Holliday, J., & Campbell, R. (2006). It's good to talk: Adolescent perspectives of an informal, peer-led intervention to reduce smoking, *Social Science & Medicine*, 63, 320-334.
- Backett-Milburn, K. & Wilson, S. (2000). Understanding peer education: insights from a process evaluation. *Health Education Research*, 15 (1), 85-96.
- Brito, I. (2009). Promoção da saúde nos jovens utilizando a educação pelos pares – Intervenção com estudantes de enfermagem e jovens enfermeiros. *Enfermagem e o cidadão*, 7 (19), 6-9.
- Carochinho, J. (2002). Assertividade e compromisso organizacional: evidências de um estudo empírico. *Psicologia, Teoria, Investigação e Prática*, 7 (1), 37-52.
- Detry, B., & Castro, M.L. (1996). A escala de assertividade de Rathus: versão portuguesa. In L. Almeida, S. Araújo, M. M. Gonçalves, C. Machado & M. Simões (orgs.), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos, IV* (pp. 357-363). Braga: APPORT.
- Duckworth, M. P., & Mercer, V. (2006). Assertiveness training. In J. E. Fisher & W. T. O'Donohue (Eds.), *Practitioner's guide to evidence-based psychotherapy* (pp. 80-92). New York: Springer.
- Eskin, M. (2003). Self-reported assertiveness in Swedish and Turkish adolescents: A cross-cultural comparison. *Scandinavian Journal of Psychology*, 44(1), 7-12.
- Gall, M. D., Borg, W. R., & Gall, J. P. (1996). *Educational research. An introduction*. London: Longman.
- Goldman KD & Schmalz KJ, (2001). Theoretically speaking: overview and summary of key health education theories. *Health Promotion Practice*, 2, 277-281.
- Jardim, J. & Pereira, A. (2006). *Competências pessoais e sociais – guia prático para a mudança positiva*. Porto: ASA Editores.
- Jensen, B. B. (2000). Participation, commitment and knowledge as components of pupils action competence. In B. B. Jensen, K. Schnack & V. Simovska (Eds.). *Critical Environmental and Health Education*. (pp.219-237). Copenhagen: RCfEHE. The Danish University of Education.
- Jensen, B. B., & Simovska, V. (2005). Action oriented knowledge, information and communication technology and action competence: a Young minds case study. In S. Clift, B. B. Jensen, (Eds.). *The health promoting school* (pp.309-345). Cop.: Danish University.
- Kelly, J. (2004). Popular opinion leaders and HIV prevention peer education: resolving discrepant findings, and implications for the development of effective community programmes. *AIDS Care*, 16 (2), 139-150.
- Lorr, M., & More, W. W. (1981). Four dimensions of assertiveness. *Multivariate Behavioral Research*, 15(2), 127-138.
- Matos, M. G., & Gaspar, T. (2005). *Aventura social, etnicidade e risco/Prevenção primária do VIH em adolescentes de comunidades migrantes*. Lisboa: FMU/UTL-HBSC/OMS.
- Miller, W., & MacGilchrist, L. (1996). A model for peer-led work, *Health Education*, 2, 24-29.
- Oldenburg B., Hardcastle D., & Kok G. (1997). Diffusion of innovations. In Glantz, Lewis & Rimer (1997). *Health behavior and health education*. San Francisco: Jossey-bass.
- Park, H. S., & Yang, Y.O. (2006). A concept analysis of assertiveness. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*, 30 (3), 468-474.

- Pearlman, D. N., Camberg, L., Wallace, L. J., Symons, P., & Finison, L. (2002). Tapping Youth as Agents for Change: Evaluation of a Peer Leadership HIV/AIDS intervention. *Journal of Adolescent Health*, 31, 31–39.
- Pearson, J. C. (1980). A Factor Analytic Study of the Items in the Personal Report of Communication Apprehension and the Rathus Assertiveness Schedule. *Psychological Reports*, 54, 851-854.
- Romano, A., Negreiros, J. & Martins, T. (2007). Contributos para a validação da escala de autoestima de Rosenberg numa amostra de adolescentes da região norte do país. *Psicologia, saúde & doenças*, 8 (1), 107-114.
- Shiner, M., & Newburn, T. (1996). *Young people, drugs and peer education: an evaluation of the youth awareness programme (YAP)*. London: Home Office.
- Simovska V. (2000). Exploring student participation within health education and health promoting schools. In B. B. Jensen, K. Schnack & V. Simovska (Eds.), *Critical Environmental and Health Education*. (pp. 29-43). Copenhagen: RCfEHE. The Danish Univ. of Education.
- Simovska, V. (2005). Participation and learning about Health. In S. Clift, B. B. Jensen, (Eds.). *The Health Promoting School: international Advances in Theory, Evaluation and Practice*. Copenhagen: Danish University of Education Press. 173–192.
- Simovska, V., & Jensen, B. B. (2009). *Conceptualizing participation – the health of children and young people*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Starkey, F., Audrey, S., Holliday, J. Moore, L. & Campbell, R. (2009). Identifying influential young people to undertake effective peer-led health promotion: the example of A Stop Smoking in Schools Trial (ASSIST). *Health Education Research*, 24 (6), 977-988.
- Stephenson, J. M., Strange, V., Forrest, S., Oakley, A., Copas, A., Babiker, A., Black, S., Ali, M., Monteiro, H., Johnson, A. M., & RIPPLE study team (2004). Pupilled sex education in England: cluster-randomised intervention trial. *Lancet*, 364, 338-346.
- Strange, V., Forrest, S., Oakley, A., & The RIPPLE Study Team (2002). What influences peer-led sex education in the classroom? *Health Education Research*, 17 (3), 339-349.
- Svenson et al. (2001). *Os jovens e a Prevenção da SIDA. Guia Europeu de Educação pelos Pares*. Mirandela: Artes Gráficas.
- Turner, G. & Sheperd, J. (1999). Method in search of a theory: peer education and health education. *Health Education Research*, 14 (2), 235-247.
- Vagos, P. (2010). *Ansiedade Social e Assertividade na Adolescência* (tese de doutoramento não publicada). Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Vilaça, M. T. (1994). *Conhecimento e atitudes dos adolescentes face à SIDA: educação para a saúde nas escolas secundárias* (dissertação de mestrado não publicada). Braga: UMinho.
- Vilaça, T. (2014). Percepções de professores/as sobre as diferenças de género na educação em sexualidade em escolas portuguesas. *Educação: Teoria e Prática*, 24 (45), 23-39.
- Vilaça, T. (2016). InterAção no núcleo da promoção de sexualidades saudáveis: competência para a ação e uso das tecnologias de informação e comunicação. *Revista Linhas*, 17(34), 28-57.
- Y-PEER -Youth Peer Education Network (2005). *Standards for Peer Education Programmes*. Nova Iorque: United Nations Population Fund.

#### **Autores/as**

##### *Catarina Certal*

Psicoterapeuta Sénior na Clínica da Mente, Braga. Licenciatura em Psicologia Clínica e da Saúde. Doutoramento em Ciências da Educação. Supervisora em Psicoterapia HBM. Supervisora em Athenese e Morfese. Investigadora Master HBM Research. Email: [catarinacertal@hotmail.com](mailto:catarinacertal@hotmail.com)

##### *Teresa Vilaça*

Instituto de Educação e Centro de Investigação em Estudos da Criança da UMinho, Braga, Portugal.